

М.М. Сачек, А.Б. Бизунков, О.В. Курлюк

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Витебский государственный
медицинский университет

Наличие лекарственных средств безрецептурного отпуска (ОТС-средства) требует участия провизора в определении тактики лечения. Острый риносинусит является одним из наиболее частых заболеваний, по поводу которых пациенты обращаются в аптеку без предварительного врачебного осмотра. В статье предлагается алгоритм формирования групп больных, для которых осмотр специалиста является обязательным, а самолечение бесперспективным. Изложены основные принципы лечения заболевания, приведены наиболее широко применяемые лекарственные средства различных фармакологических групп.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие отношения в системе «пациент-система здравоохранения» значительно изменились. Если в прежние годы больному отводилась преимущественно пассивная роль потребителя медицинских услуг и исполнителя врачебных инструкций, то сейчас его принято рассматривать как активного участника лечебно-диагностического процесса. Поле компетенции больного в принятии медицинских решений постепенно расширяется, соответственно, увеличивается доля его ответственности и за результаты лечения, и за свое здоровье в целом [1].

В первую очередь, это обусловлено тремя обстоятельствами: внедрением в медицину рыночных принципов, ростом образовательного уровня населения, а также появлением доступной и адаптированной для больных специальной медицинской информации.

В сложившихся условиях особый интерес представляет концепция ответственного самолечения, получившая широ-

кое распространение в развитых странах, под которой подразумевается лечение болезней без непосредственного врачебного наблюдения [2]. Под ответственным самолечением следует понимать использование безрецептурных лекарственных средств для лечения болезней, распознаваемых самим больным.

Согласно концепции ВОЗ, впервые провозглашенной еще в 1979 году, ответственное самолечение является фактором, который дает возможность пациентам без обращения к врачу лечить наиболее часто встречающиеся у них заболевания, не требующие врачебного вмешательства, а также контролировать течение своих хронических болезней. Кроме того, важным фактором является возможность уменьшения нагрузки на врачей и за счет этого повышение эффективности их работы с теми больными, которые требуют больших затрат времени [3].

В Республике Беларусь идея ответственного самолечения пока не получила признания и методической поддержки со стороны официальной медицины, хотя самолечение как таковое широко присутствует среди больных, и игнорировать это обстоятельство представляется бессмысленным. По мнению исследователей, до 50 % городского населения предпочитает лечить самостоятельно заболевания, не вызывающие серьезных опасений [4]. При этом лидирующие позиции в перечне состояний, которые наиболее часто пациенты лечат самостоятельно, занимает головная боль, простудные заболевания, мышечная и другие разновидности боли, повреждения кожи, предменструальный синдром, функциональные расстройства желудка и нарушения сна [5].

С другой стороны, для отечественного здравоохранения крайне актуальна задача уменьшения нагрузки на врача, и именно развитие концепции ответственного самолечения могло бы оказать в этом существенную помощь.

Нельзя не учитывать также и того, что обращение к врачу по поводу незначительного недомогания может оказаться не только бесполезным, но даже и «вредным» для здоровья пациента [6]. Это связано со

значительно возросшей разрешающей способностью диагностических процедур, позволяющих сегодня выявить минимальные отклонения от среднестатистических нормативов, которые, однако, не всегда являются патологией применительно к данному конкретному больному. В этой ситуации увеличивается риск получить курс ненужной терапии.

Задача состоит в том, чтобы ясно обозначить поле компетенции всех участников, имеющих отношение к процессу ответственного самолечения: самого пациента, фармацевтических работников, среднего медицинского персонала, врачей, и работа в этом направлении уже ведется [7-9]. Причем, по мнению отдельных авторов, фармацевтического работника следует считать основным звеном в комплексе мероприятий, предусматриваемых концепцией ответственного самолечения [9, 10]. В Европе в 1986 году было проведено исследование, когда после назначения врачом препаратов безрецептурного отпуска больной в аптеке повторно излагал провизору свои жалобы. Оказалось, что рекомендации провизора по выбору лекарственных препаратов практически совпадали с врачебными [10].

Фармацевтическое консультирование представляется актуальным и для фармацевтических работников, поскольку это направление деятельности эффективно в плане повышения привлекательности аптеки для клиентов и повышения ее конкурентоспособности на рынке. В ведущих фармацевтических журналах этой теме посвящены специальные разделы: «фармацевтическое консультирование» («Consilium provisorum», Россия), «фармацевтическая опека» («Провизор», Украина).

Целью данной работы является предоставление провизору эффективного алгоритма консультирования пациентов, обращающихся за помощью по поводу различных клинических форм риносинусита. Предлагаемый подход основан на принципе формирования контингентов больных, для которых ответственное самолечение является нецелесообразным.

Основные аспекты патогенеза риносинусита и алгоритм консультирования

Простудные заболевания, под которыми преимущественно подразумеваются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), пациенты наиболее часто предпочитают лечить без врачебного наблюдения, опираясь преимущественно на рекомендации фармацевтических работников. Это обусловлено, в первую очередь, высокой распространенностью ОРВИ, не всегда справедливым мнением о том, что они не представляют опасности для здоровья человека, нежеланием контактировать с территориальной поликлиникой из-за необходимости проходить ряд обязательных сопутствующих обследований (флюорография, осмотр гинеколога, измерение глазного давления, ректальное исследование и т.д.).

ОРВИ преимущественно поражают слизистую оболочку носа, а также приводят к воспалению слизистой оболочки околоносовых пазух, что позволяет говорить о развитии острого риносинусита. Термин «риносинусит» отражает общность патологических процессов, происходящих в полости носа и околоносовых пазухах. Данные современных методов визуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) подтверждают, что более чем у 90 % больных, жалующихся на заложенность носа любой природы, имеется поражение околоносовых пазух различной выраженности [11]. Причем, как правило, поражается несколько околоносовых пазух, а не одна. По данным различных эпидемиологических исследований, проведенных за последние 5 лет в более чем 30 странах, заболеваемость риносинуситом увеличилась в 2 раза, а удельный вес госпитализированных по этому поводу возрастает ежегодно на 2% [12].

Причиной столь высокой распространенности воспалительных заболеваний околоносовых пазух являются: возросшая загрязненность и загазованность воздушной среды, скученность населения в городах, низкая гигиеническая культура, неполноценное питание, увеличение количества ингалируемых поллютантов и аллергенов, снижение защитных возможностей

верхних дыхательных путей из-за вдыхания преимущественно воздуха с недостаточным уровнем влажности, возросшей резистентности микрофлоры в результате нерационального применения антибиотиков [13].

Основными жалобами, от которых пациент желает избавиться, обращаясь в аптеку, являются:

- затруднение или отсутствие носового дыхания;
- наличие выделений из носа слизистого или серозного характера (бесцветные выделения) или гнойного (желтый или зеленый цвет). Вместо выделений из носа может быть отмечено их стекание из полости носа по задней стенке глотки;
- головная боль, локализуемая чаще в области лба, передней части головы, усиливающаяся при попытке наклониться вперед и наиболее беспокоящая больного в первой половине дня;
- потливость, повышенная утомляемость, пониженная работоспособность, связанная с носовыми симптомами.

Задачей провизора, осуществляющего фармацевтическое консультирование указанной категории больных, является выделение лиц, которые представляют опасность в плане развития осложнений, и которые должны однозначно наблюдаться врачом. Их можно разделить на три группы.

Первая группа - больные высокого риска генерализации инфекции или распространения воспалительного процесса в нижние дыхательные пути (пневмония). К их числу относятся:

- дети, а также подростки в пубертатном периоде, студенты, проживающие в общежитии;
- пожилые люди (возраст более 60 лет);
- пациенты, страдающие хроническими болезнями бронхолегочной системы, в том числе и больные, перенесшие пневмонию в течение календарного года;
- иммунокомпрометированные пациенты (страдающие сахарным диабетом; онкологические и гематологические больные, получающие химиотерапевтические препараты; пациенты, перенесшие опера-

ции по трансплантации органов; ВИЧ-инфицированные).

Принципы диагностики и лечения различных клинических форм риносинусита изложены в итоговом документе EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007, который составлен на основе анализа научных разработок, посвященных этой проблеме, за период с 1960 по апрель 2007 года [14]. Согласно действующим международным критериям, например, критериям Cochrane Collaboration, диагноз острого или хронического риносинусита считается установленным, если он подтвержден рентгенологическим исследованием околоносовых пазух или специальными оториноларингологическими исследованиями (назальная эндоскопия) [15]. Однако, в подавляющем большинстве случаев как острый, так и обострение хронического риносинусита диагностируются в США и странах Европы врачами общей практики без применения специальных методов исследования, опираясь только на клинические данные [16]. Это позволяет обоснованно предполагать, что и провизор, вооруженный протоколом фармацевтического консультирования, также может дать полезные рекомендации пациенту, принявшему решение об ответственном самолечении.

Рекомендовано различать два варианта острого риносинусита, и это представляется важным для последующего выбора тактики лечения больного. Первый вариант – «простудный», преимущественно вирусный риносинусит. Он длится до 10 дней от начала заболевания. Следует иметь в виду, что этот временной промежуток установлен для пациентов с хорошим уровнем соматического здоровья, не имеющих хронических заболеваний внутренних органов и вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), находящихся на домашнем режиме. При отсутствии любого из этих критериев длительность «простудного» риносинусита возрастает как минимум в полтора раза (до 15 дней). Второй вариант – усиление носовых симптомов, наблюдаемое на 5-10 дни от

начала заболевания, рассматривается как острый риносинусит бактериальной природы. Причиной усиления носовых жалоб считают активизацию бактериальной инфекции, в том числе и сапрофитной, которая постоянно проживает в околоносовых пазухах. Основная причина превращения вирусного риносинусита в бактериальный – неадекватное дренирование околоносовых пазух.

Причинами неадекватного дренирования являются:

- анатомические особенности строения соустьев пазух и носовых ходов – эта причина не может быть устранена фармакотерапевтически;
- избыточный отек слизистой оболочки в области соустьев;
- недостаточная вязкость слизи.

Две последние причины могут быть устранены с помощью лекарственных средств (ЛС).

Длительность бактериального варианта острого риносинусита составляет до 12 недель, после этого срока при отсутствии выздоровления риносинусит рассматривается как хронический. Определение того, какие именно околоносовые пазухи поражены, не имеет значения для выбора ЛС, так как при всех вариантах локализации воспалительного процесса оно является одинаковым.

Интенсивность клинических проявлений риносинусита во многом определяется вирулентностью микроорганизма, вызвавшего бактериальное воспаление. В настоящее время отмечается тенденция к изменению спектра возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей. На смену стафилококку, наиболее распространенному возбудителю риносинусита в прежние годы, приходит другая микрофлора: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catharrhalis*. Кроме того, появление антибиотикорезистентных форм микроорганизмов создает значительные трудности в рациональном подборе ЛС для системной антибиотикотерапии [17].

Вторую группу составляют пациенты, подозрительные в плане развития локальных осложнений синусита, местных

осложнений риносинусита. К их числу относятся внутричерепные (риногенный менингит) и глазничные, связанные с проникновением воспалительного процесса в полость глазницы. Появление в аптеке пациента с тенденцией к развитию риногенного внутричерепного осложнения маловероятно из-за тяжести состояния и стремительного развития симптоматики, что, как правило, полностью исключает мысль о возможности самолечения. Признаками, которые позволяют заподозрить имеющиеся глазничные осложнения или тенденцию к их развитию, являются возникшие в связи с носовыми симптомами следующие признаки:

- наличие реактивного отека века (или обоих век) одного из глаз;
- экзофтальм и асимметрия глаз за счет смещения одного из глаз кнаружи;
- ограничение подвижности глазных яблок;
- нарушения зрения.

Особенно доказательными отек века или смещение глаза являются в случае, если симптом отмечается на стороне, где больной локализует головную боль, или на стороне, где отмечается большее гноетечение из носа.

Третья группа – больные с одонтогенным генезом воспалительного процесса в околоносовых пазухах. Наиболее часто при остром риносинусите поражается верхнечелюстная пазуха. Ее воспаление может иметь два происхождения: либо вследствие воспалительного процесса в полости носа, либо из-за распространения воспаления от корней зубов верхней челюсти (чаще всего 6 зуб верхней челюсти). Больные с одонтогенными процессами должны однозначно лечиться у оториноларинголога, так как будут необходимы пункция пазухи или хирургические вмешательства. Кроме того, необходима консультация стоматолога, так как чаще всего требуется экстракция больного зуба. Признаками, которые могут помочь заподозрить зубную природу верхнечелюстного синусита, являются:

- односторонний процесс;
- наличие гнилостного неприятного запаха выделений из носа;

- появлению признаков синусита (головная боль, выделения из одной половины носа, чувство распирания в области щеки, нарушение носового дыхания, субфебрильная температура тела (37,0 – 37,4) предшествует эпизод зубной боли на стороне поражения;

- развитие признаков синусита связано со стоматологическими манипуляциями (удаление зуба, пломбирование каналов).

Дополнительными признаками, которые могут служить основой для рекомендации незамедлительного обращения к специалисту и отказа от самолечения, являются: температура тела более 38°C при наличии выраженных гнойных выделений из носа; сильная головная боль, увеличивающаяся при кашле, натуживании; выраженная общая слабость; ознобы с потами; резкая болезненность в проекции пораженных пазух; наличие полипоза полости носа в анамнезе.

Наиболее благоприятным контингентом больных для ответственного самолечения и фармацевтического консультирования являются больные, перенесшие в прошлом эпизод острого риносинусита, имеющие возможность оценить особенности течения болезни.

Рекомендации для пациентов, которые были включены в указанные группы, могут быть только следующими: назначение нестероидных противовоспалительных ЛС для облегчения головной боли (1) и категорическое указание на необходимость незамедлительно обратиться к врачу (2).

Остальные пациенты при наличии у них устойчивой установки на ответственное самолечение могут быть рассмотрены как контингент для фармацевтического консультирования.

Принципы фармакотерапии больных риносинуситом

Лечение острого и обострений хронического риносинусита состоит из фармакотерапии, использования физиопроцедур и ирригационной терапии (промывания) полости носа и околоносовых пазух.

Принципами фармакотерапии являются:

- элиминация инфекции;

- улучшение естественного дренирования околоносовых пазух;
- симптоматическая терапия.

Проблема элиминации инфекции решается при помощи антимикробных ЛС. Для лечения «простудного» риносинусита, который имеет вирусную природу (первые 7-10 дней от начала болезни при типичном течении и отсутствии осложнений), системные антибиотики не показаны. Следует отметить, что эффективных противовирусных препаратов, которые можно было бы рекомендовать больному на стадии «простудного» риносинусита, не существует. В первые часы развития заболевания можно рекомендовать интраназальное введение лейкоцитарного человеческого интерферона, гриппферона согласно прилагаемой инструкции. Чем больше промежуток между началом заболевания и введением лекарства, тем его эффективность ниже.

Гриппферон представляет собой лекарственную форму рекомбинантного интерферона α_2 и выпускается в виде назальных капель. Способ его производства практически полностью исключает риск попадания в препарат патогенных вирусов и балластных белков, что является существенным преимуществом в сравнении с лейкоцитарным человеческим интерфероном. В 1 мл гриппферона содержится в 100 раз больше лекарственного вещества, чем в препаратах лейкоцитарного интерферона [18].

Также рекомендуются к применению у данной категории пациентов индукторы эндогенного интерферона (арбидол, амиксин, циклоферон), которые обладают также противовирусным и иммуномодулирующим действием [19].

Назначение антибиотиков является обоснованным только при наличии бактериального риносинусита. Антибиотики назначают перорально, когда воспаление протекает с выраженными клиническими проявлениями и признаками интоксикации [17]. При использовании антибактериальных препаратов большое значение имеет чувствительность микрофлоры, концентрация лекарственного препарата в крови и, особенно, в очаге воспаления. К сожалению, контролировать эти показатели не

представляется возможным, поэтому антибиотики назначаются эмпирически (методом проб и ошибок) в расчете на то, что они проявят антимикробную активность в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей заболевания. Наиболее часто используют β -лактамы (аминопенициллины, защищенные пенициллины, цефалоспорины), макролиды и фторхинолоны. При тяжелом течении синусита и угрозе развития осложнений больной должен быть госпитализирован и антибиотики назначаются парентерально, однако подобные ситуации выходят за рамки концепции ответственного самолечения. Для перорального применения наиболее приемлемы макролиды (азитромицин) и фторхинолоны (офлоксацин).

Широко применяемыми системными антибиотиками являются: амоксициллин с клавулановой кислотой (аугментин, амоксиклав), назначаемые по 0,625х3 раза в сутки; цефуроксим аксетил по 0,5х2 раза в сутки курсом 7-10 дней. При аллергии к β -лактамам средства применяют левофлоксацин по 0,5х1 раз в сутки, моксифлоксацин по 0,4х1 раз в сутки курсом 5-7 дней или кларитромицин по 0,5х2 раза в сутки, азитромицин 0,5х1 раз в сутки в течение 5 дней, зетамакс ретард 2,0 однократно. При этом не рекомендуется назначать клиндамицин, оксациллин, гентамицин из-за отсутствия их активности в отношении наиболее частых возбудителей заболевания. Несмотря на то, что чрезмерное употребление антибиотиков способствует возникновению и распространению среди населения лекарственно-резистентных штаммов микроорганизмов, следует отметить, что чем раньше начата антибактериальная терапия, тем меньше ее длительность и количество использованного ЛС [20].

Во врачебной среде идут дискуссии о преимуществах местного применения антибиотиков у больных риносинуситом над их системным введением. Наиболее известен ингаляционный антибиотик для местного применения фузафунгин («Биопарокс»), который сочетает в себе антибактериальный и противовоспалительный эффекты. Применяют «Биопарокс» (фуза-

фунгин) по 4 ингаляции в каждую ноздрю 4 раза в сутки в течение 7-10 дней. Эффективность его применения при остром риносинусите показана Богомилским М.Р. (2001) в многоцентровом рандомизированном клиническом исследовании. Анализ динамики основных симптомов заболевания показал, что в процессе лечения подавлялась инфекция (не выявлялась патологическая микрофлора в назальном секрете), облегчалась головная боль, уменьшались отек слизистой оболочки носа и количество гнойного отделяемого в сроки от 5 до 8 дней [21]. Другие исследователи, указывая на эффективность и безопасность применения фузафунгина при остром риносинусите, отмечают, что уменьшение симптомов наблюдается уже в первые сутки лечения [22]. Вместе с тем, как показывает практика, интраназальное применение антибиотиков на современном этапе его развития еще пока не может стать альтернативой их системному введению.

Проблема улучшения естественного дренирования околоносовых пазух решается назначением лекарственных средств нескольких фармакологических групп: секретолитиков, деконгестантов, антигистаминных, топических стероидов.

Вязкий густой слизистый секрет нарушает отток и вентиляцию в околоносовых синусах, в то же время является хорошей средой для роста бактерий. В воспалительном экссудате при синусите определяют цитотоксические вещества и медиаторы воспаления, поддерживающие воспалительный процесс, поэтому для улучшения эвакуации секрета и успешного лечения синусита необходим прием секретолитических средств.

При выборе секретолитика следует различать химически синтезированные ЛС, такие как ацетилцистеин (0,1-0,15 мг по 2-3 раза в сутки), карбоцистеин (0,75 г по 2-3 раза в сутки), и фитотерапевтические ЛС, наиболее известным представителем которых является синупрет [23]. Синупрет, помимо регулирующего влияния на секрецию и вязкость слизи, также оказывает противоотечное и противовоспалительное действие на слизистую оболочку, проявляет антивирусные и иммуномодулирующие

свойства. Его эффективность подтверждена большим количеством клинических исследований [24, 25]. Вместе с тем, следует иметь в виду, что длительное применение муколитиков при остром риносинусите может сопровождаться избыточным разжижением носовой слизи и вследствие этого неэффективностью мукоцилиарного транспорта, "затоплением" синусов, снижением продукции лизоцима и иммуноглобулина А [26].

Представляет интерес для лечения острого риносинусита фенспирид (эреспал) 0,08 г по 2-3 таблетки в сутки. Лекарственное средство оказывает влияние на ключевые звенья патогенеза воспалительного процесса независимо от его этиологии, уменьшает отек слизистой оболочки и гиперсекрецию слизи, противодействует развитию бронхоконстрикции, улучшает отхождение мокроты, имеются данные об усилении мукоцилиарного клиренса [27, 28, 29].

Обязательным компонентом фармакотерапии острого риносинусита являются сосудосуживающие препараты (деконгестанты), которые, будучи по фармакологической природе α -симпатомиметиками, снижают кровенаполнение слизистой оболочки носа, что приводит к уменьшению ее отека и улучшению носового дыхания. Из-за риска развития эффекта отмены противоотечные капли в нос можно использовать ограниченное время. Кроме того, надо помнить, что неконтролируемое применение сосудосуживающих капель в нос является одной из наиболее частых причин госпитализации детей грудного возраста в отделение острых отравлений. К группе местных деконгестантов относятся эфедрина гидрохлорид, нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетризолин, инданазолин и др. Как правило, эти ЛС оказывают негативное влияние на очистительную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа и пазух. По продолжительности действия назальные деконгестанты группы α_2 -адреномиметиков делятся на препараты короткого действия (до 4-6 часов) - нафазолин, тетризолин и инданазолин; средней продолжительности (8-10 часов) - ксилометазолин и

ЛС длительного действия (до 12 часов) - оксиметазолин.

Необходимо отметить, что основной проблемой применения местных сосудосуживающих средств является "высушивание слизистой" оболочки носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в околоносовых пазухах. Поэтому перспективным является использование средств, которые наряду с действующим веществом содержат увлажняющие компоненты. Увлажняющие компоненты способствуют более равномерному распределению сосудосуживающего ингредиента на поверхности слизистой оболочки носа и, следовательно, более длительному лечебному эффекту.

Топическим вазоконстриктором, отвечающим перечисленным требованиям, является отривин - лекарственная форма ксилометазолина с увлажняющими компонентами. ЛС содержит сорбитол (используется в фармацевтике и косметике), который обладает свойствами увлажнителя, нормализует уровень жидкости в слизистой, не допуская пересыхания и раздражения, оказывает смягчающее действие, и метилгидроксипропилцеллюлозу, усиливающую увлажняющий эффект за счет усиления вязкости раствора.

Для перорального приема предназначены псевдоэфедрин, фенилпропаноламин и фенилэфрин, причем они практически всегда назначаются в комбинации с антигистаминными ЛС - лоратадином, цетиризином, хлорфенамином, карбиноксамином. Деконгестанты для перорального приема не вызывают развития лекарственного ринита, но во время курса лечения ими могут появиться бессонница, тахикардия, повышение артериального давления. Являясь психостимуляторами, эти препараты считаются допингом у спортсменов, они с большой осторожностью должны использоваться при лечении детей и подростков.

Назначение деконгестантов абсолютно необходимо при остром риносинусите, так как эти препараты в кратчайшие сроки устраняют отек слизистой оболочки носа в области естественных отверстий

околоносовых пазух, создавая условия для улучшения их проходимости. Однако все сосудосуживающие препараты имеют свои недостатки и побочные эффекты. При длительном местном применении оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин и др. вызывают развитие синдрома “рикошета” и так называемого лекарственного ринита, поэтому применение таких ЛС должно быть ограничено 5-7 днями. В этом плане выгодно отличается от остальных фенилэфрин (входящий в состав препарата Виброцил): обладая мягким вазоконстрикторным эффектом за счет избирательного агонизма к α_1 -адренорецепторам, он не вызывает резкого уменьшения кровотока в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух и, следовательно, в меньшей степени нарушает ее функции. Большое значение имеет форма выпуска ЛС. Капли, в форме которых выпускается подавляющее большинство деконгестантов, практически невозможно дозировать, так как большая часть введенного ЛС тут же стекает по дну полости носа в глотку. В этом случае не только не достигается необходимый лечебный эффект, но и возникает угроза передозировки, поэтому предпочтительнее назначать дозированные аэрозоли.

Противопоказаниями к применению группы назальных деконгестантов являются: атрофический ринит, лекарственный ринит, артериальная гипертензия и выраженный атеросклероз, закрытоугольная глаукома и аллергическая непереносимость. Для отдельных ЛС противопоказанием является хирургическое вмешательство на мозговых оболочках в анамнезе.

Антигистаминные ЛС широко назначаются при лечении острого риносинусита, хотя их назначение зачастую бывает необоснованным. В том случае, когда заболевание развивается на фоне аллергического ринита, назначение антигистаминных средств вызывает блокаду H1-гистаминовых рецепторов и предупреждает действие гистамина, выделяющегося из тучных клеток в результате IgE-опосредованной реакции. При инфекционном риносинусите назначение этих препаратов имеет смысл только в ранней “вирусной” стадии, когда блокада H1-

рецепторов предупреждает действие гистамина, выделяемого базофилами под воздействием различных вирусов (респираторно-синцитиальный, парамиксовирус). В большинстве же случаев при остром риносинусите нет показаний для применения H1-блокаторов. Следует помнить также, что антигистаминные ЛС второго поколения нельзя сочетать с макролидами из-за возможности развития кардиотоксического эффекта [30]. Рекомендуются антигистаминные ЛС 2-3-го поколений: зиртек (10 мг 1 раз в сутки во время ужина), телфаст (120-180 мг 1 раз в сутки), лоратадин (10 мг 1 раз в сутки), кестин (50 мг 1-2 раза в сутки).

Несмотря на то, что интраназальные кортикостероиды еще пока не получили широкого распространения, в последнее время они рассматриваются в качестве одного из компонентов лечения острого риносинусита. Отмечается эффективность сочетанного применения интраназальных кортикостероидов и антибиотиков при лечении больных риносинуситом. Терапевтическое действие интраназальных кортикостероидов при остром риносинусите связано с эффективным ингибированием экспрессии провоспалительных медиаторов (цитокинов) и снижении интенсивности миграции клеток, участвующих в иницировании и поддержании воспаления слизистой оболочки носа и околоносовых пазух [26].

В числе физиотерапевтических факторов, используемых при лечении больных острым риносинуситом, применяют процедуры, обеспечивающие сухое тепловое воздействие на область носа и параназальных синусов. Для этой цели применяются как подручные средства (разогретая соль, вареное яйцо), так и изделия медицинской техники, разрешенные к применению в домашних условиях (химические грелки, лампы для тепловых процедур).

Важную роль в обеспечении эффекта лечения может сыграть промывание полости носа и околоносовых пазух. Носовой душ (носовой лаваж, ирригация носовой полости) – это промывание, орошение полости носа водой или растворами различных веществ с лечебной или профилакти-

ческой целью, он оказывает ряд положительных лечебных эффектов, однако в домашних условиях получить их достаточно трудно. На рынке медицинской техники для домашнего использования аппарата для промывания полости носа пока отсутствует.

Таким образом, применение алгоритма, позволяющего исключить больных, имеющих высокий риск развития осложнений воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, позволяет выделить группу пациентов для фармацевтического консультирования.

SUMMARY

M.M. Sachek, A.B Bisunkov, O.V. Kurliuk
PHARMACEUTICAL CONSULTING:
PRINCIPLES OF RHINOSINUSITIS
TREATMENT

The free sale of non-prescribing (Over The Counter) drugs demands on provisors to take part in the treatment administration process. Different clinical forms of rhinosinusitis are the most frequent pathology resulting in address to the drugstore without preliminary medical examination. This article proposes three-steps algorithmic approach for excluding the patients from pharmaceutical consulting. Basic principles of rhinosinusitis treatment are given and most popular medications of different pharmacological groups are presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices / G. Elwin [et al.] // Br. J. Gen. Pract. - 2000.-Vol. 50.- P. 892-899.
2. Self-medication of antimicrobials without prescription / D. Reeves [et al.] // J. of antimicrobial chemotherapy.-1999.-Vol. 44. - P. 163-167.
3. World Self-Medication Industry // [Electronic resource] Mode of access: www.wsmi.org Date of access: 18.10.08.
4. Панфилова, Т. Ответственное самолечение: хорошо или плохо / Т. Панфилова // Фарм. вестник.- № 25 (116) от 16 декабря 1998.

5. Сергеев, Ю.В. Концепция самолечения - многолетний опыт внедрения и отдаленные результаты активного диспансерного динамического наблюдения / Ю. В. Сергеев, Н.С. Потекаев, О.Л. Сергеев // Сиб. журн. дерматол.- 2006. - № 7.- С. 52-54.
6. WHO Board reviews Health for all by year 2000 strategy // UN Chronicle 1986 [Electronic resource] Mode of access: www.findarticles.com/p/articles.- Date of access: 11.09.08.
7. Годовальников, Г.В. К вопросу разработки концепции самолечения / Г.В. Годовальников // Фармация XXI века: Материалы VII съезда фармацевтов РБ. Витебск 22.10.04 ВГМУ; редкол.: В.В. Кугач и др.- Витебск: ВГМУ, 2004.- С. 25-28.
8. Реутская, Л.А. Место ответственного самолечения в здравоохранении и жизни общества / Л.А. Реутская, В.В. Кугач, Е.Н. Тарасова // Вестник фармации - 2006. - №3 (33). - С. 3-11.
9. Тарасова, Е.Н. Консультирование провизорами населения при реализации лекарственных средств без рецепта врача / Е.Н. Тарасова, В.В. Кугач // Вестник фармации - 2008.- №2 (40).- С. 38-46.
10. Иванова, О. ОТС-препараты и ответственное самолечение / О. Иванова, Е. Милова, Ю. Чернова // Московские аптеки. - 2004. - №11. - С. 26-29.
11. Computed tomographic study of the common cold / J. Gwaltney [et al.] // N. Engl. J. Med. -1994.-Vol. 330. - P. 25-30.
12. Лопатин, А.С. Антибактериальная терапия при острых инфекциях ЛОР-органов / А.С. Лопатин // Рос. мед. журн.- 2004. - №12 (2). - С. 94-99.
13. Лопатин, А.С. Клинический разбор: опыт неинвазивного лечения острого гнойного риносинусита, возникшего на фоне острых респираторно-вирусных инфекций / А.С.Лопатин, А.Ю.Овчинников, Я.В.Деточка // Consilium medicum.- 2006. - №8. - Т.4. - С. 34 -38.
14. EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 / M. Thomas [et al.] // Primary Care Respiratory Journal. - 2008. - Vol. 17 (2).- С. 79-89.

15. Sande, M. Acute community-acquired bacterial sinusitis: continuing challenges and current management / M. Sande, J. Gwaltney // Clin. Infect. Dis.-2004.- Vol. 39 (suppl. 3).- P. 151-159.
16. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update / R. Slavin [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol.-2005. - Vol. 39 (suppl. 6).-P. 13-47.
17. Мітін, Ю.В. Сучасні питання етіології, патогенезу та лікування синуситів / Ю.В. Мітін, Л.Р. Криничко // Мистецтво лікування. – 2004. – № 3. – С. 52-55.
18. Новые средства лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ / Л.В. Осидак [и соавт.] // Леч. врач.- 2004.- № 10 [Электронный ресурс] Mode of access: www.lvrach.ru/2004/10/071/htm Date of access: 17.02.09.
19. Крамарев, С.А. Новый препарат для профилактики и лечения ОРЗ и гриппа у детей / С.А. Крамарев, Л.А. Палатная // Здоровье Украины. - 2003. - № 83.- [Электронный ресурс] Mode of access: www.health-ua.com/issue83/htm Date of access: 17.02.09.
20. Практическое руководство по антиинфекционной терапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова.- Смоленск: МАКМАХ, 2007. - 464 с.
21. Богомилский, М.Р. Противовоспалительная терапия риносинуситов / М.Р. Богомилский // Союз педиатров России.- 2001. - С. 28.
22. Topical treatment of rhinosinusitis with fusafungine nasal spray. A double-blind, placebo-controlled, parallel-group study in 20 patients / R. Moesges, J. Spaeth, K. Berger, F. Dubois // Arzneimittelforschung.-2002.-Vol. 2.-N 12.- P. 877-883.
23. Гарюк, Г.И. Эффективность растительного многокомпонентного препарата Синупрет в комплексной монотерапии больных острым и хроническим риносинуситом / Г.И. Гарюк, О.Г. Гарюк // Журнал
вусних, носових та горлових хвороб. – 2004. – № 4. – С. 63-66.
24. Извин, А.И. Синупрет в фармакотерапии острых и хроническим синуситов / А.И. Извин // Росс. оториноларингология.- 2004.- № 6 (13). - С. 149-150.
25. Шахова, Е.Г. Синупрет в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух / Е.Г. Шахова, Т.В. Малова // Росс. оториноларингология. - 2005. - № 3 (16). - С. 89-91.
26. Носуля, Е.В. Острый риносинусит в амбулаторной практике / Е.В.Носуля, И.А.Ким // Consilium medicum.-2005.- Т.7. - №4.- С. 23-37.
27. Козлов, В.С. Воспаление и его роль при ОРВИ. Результаты программы «ЭРА» / В.С. Козлов.- М., 2003.- 12 с.
28. Генис, Н.А. Применение эреспала [фенспирида] при острых респираторных заболеваниях у детей: эффективность и безопасность [результаты исследования по программе «ЭЛЬФ»] / Н.А. Генис // Вопросы современной педиатрии.- 2005. - № 4 (2). - С. 53-58.
29. Дворецкий, Л.И. Эффективность противовоспалительной терапии при острых респираторных вирусных инфекциях у взрослых в амбулаторной практике: результаты программы «ЭСКУЛАП» / Л.И. Дворецкий, А.В. Полевщиков, А.С. Соколов // Consilium medicum.-2006.-Т.8.-N10. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/06-10/20.shtml>. Дата доступа: 01.02.2009.
30. Лопатин, А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух / А.С. Лопатин // Русск. мед. журнал.- 2000. - Т. 8.- №5.- С. 45-49.

Поступила 06.03.2009 г.
